Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Traumprovokation durch Thymoleptika

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Medizin

dem Fachbereich klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Andreas Crome
aus Hamburg

1970

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547603_0064

Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. W. Schulte

Traumprovokation durch Thymoleptika

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors
der Medizin

dem Fachbereich klinische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von
Andreas Crome
aus Hamburg

1970

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Professor Dr. J. Hirschmann

1. Berichterstatter: Privatdozent Dr. med. R. Tölle

2. Berichterstatter: Professor Dr. med. W. Schulte

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
I	Fragestellung	1
II	Zur Literatur	2
	1. Thymoleptika	2
	2. Zur Psychologie und Physiologie des Traumes	4
	3. Träume bei endogenen Psychosen	9
III	Methode der eigenen Untersuchungen	14
IV	Ergebnisse der eigenen Untersuchungen	16
V	Diskussion	24
VI	Zusammenfassung	29
	Literaturverzeichnis	30

I. Fragestellung

Ausgehend von der in der Literatur immer wieder erwähnten Tatsache der Traumaktivierung als psychische Nebenwirkung trizyklischer Psychopharmaka, insbesondere der Thymoleptika, war es die Aufgabe dieser Untersuchung, die Häufigkeit von Träumen bei Patienten mit einem depressiven Syndrom unter thymoleptischer Therapie festzustellen.

Unter den psychischen Nebenwirkungen der trizyklischen Psychopharmaka ist sowohl das Phänomen der Traumvermehrung als auch das der Änderung der Trauminhalte beschrieben worden. Bereits 1955 fanden GÄDE und HEINRICH Träume, die in den ersten fünf Nächten nach Verabreichung des Phenothiazinabkömmlings Chlorpromazine auftraten und deren Inhalte durch auffällige Klarheit und "leuchtende Buntheit" auffielen. Diese Träume wurden noch nach Wochen gut erinnert. HEIMANN und WITT berichteten über einen Patienten, der nach Chlorpromazine-Gabe in auffälliger Weise von technischen Apparaten träumte. BROGLIE, JÖRGENSEN und VOSS stellten vermehrt unlustbetonte Träume nach Chlorpromazine-Medikation fest. FLÜGEL beobachtete dabei eine im ganzen gesteigerte Traumtätigkeit. WINKELMANN beschrieb ebenfalls beim Phenothiazin lebhafte und aufregende Träume. Über Traumaktivierung durch Thymoleptika berichteten verschiedene Autoren (BENTE und HIPPIUS; DEGKWITZ; HELMCHEN und HIPPIUS; HIPPIUS). Nach HIPPIUS ändert sich nicht nur die Anzahl der Träume im Sinne einer Vermehrung, sondern auch der Charakter der Trauminhalte. Die Träume sind zerrissen, unruhig und chaotisch.

Gleichzeitig sind sie plastischer und eindrucksvoller, der Kranke ist vom Geschehen im Traum direkt mitbetroffen. Die affektive Tönung ist meist negativ, die meisten Patienten erinnern sich aber nur an die schreckliche und unangenehme Stimmung, während die genaueren Inhalte vergessen werden. DEGKWITZ berichtete über vier psychisch gesunde Versuchspersonen, die in der ergotropen Wirkungsphase nach Gabe von Imipramine und Amitryptiline Traumvermehrung angaben. Dabei war die Schlafdauer verkürzt, die Schlaftiefe verringert, der Schlaf im ganzen gestört.

Demgegenüber fanden WHITMAN, PIERCE, MAAS und BALDRIDGE bei Verwendung neurophysiologischer Methoden zur Traumentdekkung (siehe unten) unter Imipramine bei gesunden Versuchspersonen eine Verminderung der Traumtätigkeit. Die Autoren beobachteten aber gleichzeitig vermehrt aggressive Trauminhalte. Diese Inhaltsänderung der Träume bei Imipramine-Medikation beschrieben auch KRAMER, WHITMAN, BALDRIDGE und LANSKY.

II. Zur Literatur

1. Thymoleptika

Thymoleptika oder Antidepressiva sind nach KIELHOLZ Substanzen, welche nicht nur gegen einzelne depressive Symptome wirksam sind, sondern unter günstigen Umständen ein depressives Zustandsbild in seiner Gesamtheit bessern oder beseitigen können. Dabei können drei Wirkkomponenten unterschieden werden:

1. ein depressionslösender, stimmungshebender Effekt,
2. ein Dämpfungseffekt,
3. ein antriebssteigernder Effekt.

Indiziert ist eine thymoleptische Therapie besonders dann, wenn Störungen der Vitalsphäre im Sinne einer leibnah erlebten Traurigkeit vorliegen (HEINRICH).

Chemisch werden zwei Gruppen von Thymoleptika unterschieden, die Monoaminooxidase-Hemmer und die zu der Gruppe der trizyklischen Pharmaka zählenden Substanzen, die sich letzlich vom Phenothiazin herleiten. Die Monoaminooxidase-Hemmer werden wegen ihrer zum Teil sehr gefährlichen Nebenwirkungen in den meisten Kliniken, so auch in der Nervenklinik Tübingen, nicht mehr verwendet. Die Thymoleptika aus der Gruppe der trizyklischen Substanzen zeigen ihren chemischen Verwandten, den Neuroleptika, ähnliche, charakteristische Begleiteffekte. Im Folgenden sollen nur die psychischen Nebenwirkungen kurz besprochen werden.

Zu den wichtigsten Begleiteffekten dieser Art zählen:

a) Delirante Syndrome sind besonders bei schneller Dosissteigerung beschrieben worden. Die deliriogene Potenz der Thymoleptika soll größer sein als die der Neuroleptika. Nach HIPPIUS ist auch eine langsame Entwicklung von still verlaufenden Kompensationen und amentiellen-amnestischen Syndromen nach langdauernder Anwendung bei allen trizyklischen Psychopharmaka möglich. Sie sollen gehäuft auftreten bei Präparaten mit stärkerer sedativ-hypnotischer Wirkung, sowie bei Zusatzmedikation wie z. B. Antiparkinsonmittel oder Barbiturate. Darüber hinaus spielt für die Manifestation dieser Nebenwirkung die individuale Disposition eine Rolle, wie z.B. höheres Alter oder zerebrale Vorschädigung.

b) Halluzinatorische, paranoide und paranoid-halluzinatorische Durchgangssyndrome.

c) Manische Syndrome treten vorrangig bei der Behandlung zirkulärer Psychosen mit Thymoleptika auf.

d) Traumaktivierung. Über dieses Phänomen wurde bereits oben berichtet.

2. Zur Psychologie und Physiologie des Traumes

Unter Traum verstehen wir nach R. JUNG ganz allgemein psychische Vorgänge, die während des Schlafes in veränderter Form weiterlaufen. DELAY und PICHOT rechnen den Traum zu den physiologischen Zuständen eingeschränkter Bewußtheit.

Andere Zustände physiologischer eingeschränkter Bewußtheit sind das Tagträumen und die hypnagogen Zustände, die beim Einschlafen, manchmal auch beim Erwachen, beobachtet werden. Pathologische Zustände eingeschränkter Bewußtheit sind die hypnoiden Zustände, bei denen die Gedankeninhalte denen des Traumes gleichen und die bei der Verwendung mancher Drogen vorkommen, weiterhin die deliranten Zustände und schließlich die Hypnose.

Vor der Existenz dieser psychischen Vorgänge, die wir Träume nennen, wissen wir durch Erinnerungen, die wir im Wachzustand bewahren. Da der Traum vergessen, ungenau oder verfälscht wiedergegeben werden kann, ist unsere Kenntnis vom Traum mit einer gewissen Unsicherheit belastet. Verantwortlich für diese Unsicherheit ist letztlich der qualitative Unterschied zwischen Wachdenken und traumhaftem Denken. Dazu kommt das Unvermögen der Sprache, die in ihrem Wesen durch die Kategorien des Wachdenkens bestimmt ist, das Besondere des Traumerlebens wiederzugeben. Während das Wachdenken im wesentlichen auf Anpassung an die Umwelt ausgerichtet, durch Realitätsbezogenheit ausgezeichnet, durch die allgemeinen logischen Kategorien bestimmt ist und affektive Faktoren meist nur insoweit eine Rolle spielen, als sie nicht im Widerspruch zur Außenwelt stehen, ist die Struktur des Traumdenkens von diesen Kriterien grundsätzlich verschieden. Im traumhaften Denken sind Art und Erfordernisse der Außenwelt nicht mehr bewußt, die logischen Gesetze des Wachdenkens gelten weitgehend nicht mehr (DELAY und PICHOT).

Seit dem Erscheinen der Traumdeutung von FREUD hat es vielerlei Versuche gegeben, Theorien über das Wesen der Träume aufzustellen, um über eine Deutung des Phänomens Traum einen besseren Einblick in die menschliche (Tiefen-) Psychologie zu gewinnen und sich diese Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie gewisser psychischer Erkrankungen nutzbar zu machen. Überblickt man die bisherige Literatur, so herrscht nach WIESENHÜTTER Einigkeit darüber, daß der Traum nicht vom rationalen Wachleben diktiert und bestimmt wird, sondern vom emotionalen Leben der Tiefenperson, auch wenn viele Elemente des rationalen und des Wachlebens mit in den Traum eingehen. Sie sind hier aber nicht Hauptfaktoren, sondern gleichsam untergeordnet. Zu der Affektivität im weitesten Sinne bzw. Emotionalität, durch welche die Tiefenperson den Traum steuert, rechnet WIESENHÜTTER die Stimmungen, Gefühle, Affekte im engeren Sinne und in Anlehnung an SCHULTE-HENCKE die Triebe. Wollte man einen Überblick über die bestehenden tiefenpsychologischen Traumlehren geben, so könnte man nach WIESENHÜTTER zwei extreme Positionen aufstellen, zwischen denen sich das Spektrum tiefenpsychologischer Traumtheorien ausbreiten würde. An einem Pol stünde die Traumdeutung von FREUD mit einer äußerst detaillierten Deutungsarbeit mit vielen Elementen und Bausteinen, die schließlich zu einer komplizierten Gesamtkonstruktion zusammengesetzt werden, am anderen Ende das Buch "Der Traum und seine Auslegung" von M. BOSS. BOSS wirft vor allem FREUD vor, durch ein vom Wachdenken her bestimmtes, rationalistisches und sich letzlich von der Naturwissenschaft herleiten-

des Denken das Wesen der Träume nicht erkannt zu haben. Von dem philosophischen Ansatz der Phänomenologie ausgehend und in Anlehnung an HEIDEGGER betont BOSS demgegenüber die Eigenständigkeit des Traumes als einer eigenen Weise menschlichen Daseins, das ebenso wie das Wachen eine "bestimmte Modifikation unseres Existierens" darstellt.

Außer dem tiefenpsychologischen Aspekt wird der Traum in neuerer Zeit unter einem zweiten wissenschaftlichen Gesichtspunkt betrachtet, dem der Neurophysiologie. ASERINSKY und KLEITMAN sowie DEMENT und KLEITMAN fanden als neurophysiologische Korrelate des Traumes bestimmte periodische Schlafstadien mit flachem EEG und rhytmischen Wellen des Ammonshorns und anderer Strukturen des limbischen Systems. Darüber hinaus beobachteten sie dabei rasche Augenbewegungen, sogenannte REM-Phasen (REM = Rapid Eye Movements). Schlafende Versuchspersonen, die während dieser Schlafstadien geweckt wurden, gaben in der überwiegenden Mehrzahl an, gerade geträumt zu haben. Die Behauptung KLEITMANs, die REM-Phasen entsprächen einem Verfolgen von Traumbildern, ist nach wie vor umstritten. Eine genaue Deutung der REM-Phasen steht somit noch aus. Neben dem Traumstadium unterscheidet man in der Neurophysiologie, abgesehen von dem A-Stadium, dem Wachzustand vor dem Einschlafen, noch ein B-Stadium oder Einschlafstadium, dessen EEG dem des Traumstadiums ähnelt. In diesem Stadium treten jedoch weder schnelle Augenbewegungen noch Träume auf, sondern lediglich hypnagoge Halluzinationen (R. JUNG). In den Stadien C (leichter Schlaf),

D, (mittlerer Schlaf) und E (tiefer Schlaf) finden sich Träume seltener und keine raschen Augenbewegungen.

Nach R. JUNG erscheinen Traumstadien drei- bis sechsmal pro Nacht mit einer zunehmenden Dauer von durchschnittlich neun bis 34 Minuten. Sie treten in Abständen von einer bis drei Stunden jeweils nach einer Periode des mittleren und tiefen Schlafes (EEG-Stadium D bzw. E) auf.

Aus den Untersuchungen mit objektiver, neurophysiologischer Traumregistrierung folgert R. JUNG, daß man also ungefähr vier Traumstadien in jeder Nacht und bei jedem Menschen annehmen muß. Demgegenüber erinnern sich viele Menschen nicht an diese Träume. Träume werden anscheinend nur dann erinnert, wenn sie vom Erwachen gefolgt werden; dies ist der Fall nach dem spontanen Erwachen am Morgen, sowie nach Träumen, deren affektive Tönung zum Wachwerden führt.

Neurophysiologische Befunde scheinen auch für die Notwendigkeit der Traumphasen für die Gesundheit des Menschen zu sprechen. DEMENT weckte Versuchspersonen jeweils zu Beginn der Traumphasen und beobachtete in den darauffolgenden Nächten verlängerte Traumperioden und daß die Versuchspersonen Angst, vermehrte Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen zeigten. Nach FINKE und SCHULTE dürfte jedoch die weitergehende Deutung: Traumentzug - fehlende Abreaktion - neurotische Störung zumindest vorschnell sein. Die Autoren bezweifeln, ob die Befunde wirklich so gravierend sind, um sie in der erwähnten Weise zu deuten.

In letzter Zeit wurde wiederholt versucht, neurophysiologische und tiefenpsychologische, vorwiegend an den FREUD'schen Modellen orientierte Befunde und Theorien über den Traum in Übereinstimmung zu bringen. In der psychoanalytischen Traumtheorie spielen ja Hypothesen über die somatische Natur des Träumens, über die Entstehung des unbewußten Wunsches als Motor der Traumbildung aus den Triebquellen eine bedeutsame Rolle. Nach H. THOMÄ hat die psychoanalytische Annahme, die Ursache des Traumes sei ein unbewußter, infantiler (Trieb-) Wunsch, mit den neurophysiologischen Traumuntersuchungen dort einen Berührungspunkt, wo die psychoanalytische Aussage, die in ihrem Wesen eigentlich eine psychologische Behauptung darstellt, ihren somatischen Bezugspunkt hat. Als besonders wichtig erscheint THOMÄ die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den (neuro-)physiologischen Vorgängen und den Vorstellungs- und Affektrepräsentanzen. THOMÄ weist auf die Befunde FISCHERs hin, der betont, daß die spontane Aktivität von Hirnstamm und Hirnrinde, wie man sie während des REM-Schlafes findet, eine Antwort auf innere Reize darstellt. LAMPL DE GROOT hat deshalb vorgeschlagen, die Doppelnatur des Wortes Trieb im weiteren Sinne betonend, den Ausdruck Trieb für psychische Phänomene zu reservieren und von jenen mehr allgemeinen Kräften und Tendenzen zu differenzieren, welche ihnen zugrunde liegen. SCHUR zitiert in diesem Zusammenhang FREUD: "So erscheint uns der Trieb als ein Grenzbegriff zwischen Seelischem und Somatischem, als psychischer Repräsentant der aus dem Körperinnern stammenden Reize."

R. JUNG glaubt den Traummechanismus neurophysiologisch - wenigstens zum Teil - als innere Abreaktion affektiver Spannungen und Triebe erklären zu können. Als Beweis führt er Befunde von Tierexperimenten an, die zeigen, daß die im Traumstadium besonders großen und rhytmischen Ammonshornwellen mit Situationen emotionaler Spannung korrelieren. R. JUNG hält die Traumstadien für psychologisch zweckmäßige und für den sozialen Kontakt unschädliche, intracerebrale Manifestationen der Affekt- und Triebmechanismen.

3. Träume bei endogenen Psychosen

Während die Literatur über das Traumleben im allgemeinen und über das bei Patienten mit vorwiegend neurotischen Verhaltensstörungen in ihrer Fülle kaum noch zu überblicken ist, finden sich Untersuchungen über die Träume bei endogenen Psychosen vergleichsweise selten. Trotzdem wurden die Träume der Psychotiker immer wieder untersucht, meist mit dem Ziel, tiefere Einblicke in die psychopathologischen Zusammenhänge dieser Erkrankungen zu finden. Außerdem wurden in früheren Zeiten Parallelen zwischen Traum und Psychose diskutiert. W. v. SIEBENTHAL verweist in diesem Zusammenhang auf Namen wie DESCARTES, GRIESINGER, MOREAU, MAURY und de la TOUR. Von letzterem stammt auch der Satz: "Der Traum ist der Irrsinn des wachen Menschen."

Die wohl bedeutendste Analyse des Traumlebens schizophrener Patienten stammt von M. BOSS. Er berichtete 1938 über 620 Träume von 150 schizophrenen Kranken. Zunächst weist der

Autor darauf hin, daß ein Großteil einzelner, isoliert betrachteter Träume sich weder in der Form noch im Inhalt von Träumen nichtpsychotischer Menschen unterscheidet. Der Einfluß der Psychose wird erst dann deutlich, wenn man Träume desselben Patienten aus verschiedenen Zeiträumen miteinander vergleicht und ganze Traumserien verfolgt. Erst bei diesem Vorgehen zeigt sich, wie sehr sich im Traume die Zerstörung des Ichs dokumentiert. BOSS, der damals noch der FREUD'schen Traumlehre anhing, findet den Ausdruck dieser Zerstörung darin, daß unbewußte Triebtendenzen unverändert durch die Traumzensur im manifesten Inhalt erscheinen, was mit ungeheuren Traumängsten verbunden ist. Selbst die gröbsten Triebe tauchen ohne symbolische Verhüllung im Traumbewußtsein auf, manifester und latenter Trauminhalt fallen ineinander. Dies ist ein Zeichen dafür, daß eine gesunde Ich-Instanz fehlt, die sich dagegen wehrt. BOSS glaubt sogar, wenig symbolverhüllte Träume, deren offensichtlicher Inhalt in schroffem Gegensatz zur moralischen Einstellung des Träumers steht und die überdies keine oder nur geringe Angst oder andere affektbetonte Abwehrmachanismen auslösen, als ein gewichtiges Symptom für die Diagnose einer Schizophrenie verwerten zu können. Wichtig ist auch, daß sich im Traumleben die Remission der wachen Persönlichkeit nicht im selben Tempo und kaum je im ganzen Ausmaß widerspiegelt. Bei den schizophrenen Residualzuständen fällt eine große Traumarmut auf; die Träume sind hierbei nicht nur selten, sondern auch kurz und im Vergleich zur früheren Persönlichkeit von auffallend banalem Inhalt. BOSS wertet dies als Beweis für den

tatsächlichen Abbau an psychischer Energie. Über schlichte, kurze und wenig ausgeformte Träume bei Schizophrenen berichtet auch NOBLE. Die Träume werden wieder häufiger, zeigen kompkizierteren Aufbau und sind mehr affektbetont, sobald sich der Zustand bessert (NOBLE). Außerdem fand BOSS Träume bei Schizophrenen, die von einer intensiven inneren Selbstbedrohung zeugen und die er endoskopische, oder nach der Topik ihrer Quelle Überich-Träume nennt. Diese Träume sind allerdings nicht unbedingt typisch für die Schizophrenie, sondern sie kommen auch sonst vor. Fast pathognomonisch sind dagegen Träume, die in eigentümlicher Weise den Untergang und Zerfall des Ichs schildern, während im Wachleben die Zerstörung des Ichs noch auf die Außenwelt projiziert wird. Diese Träume erscheinen lange Zeit vor der Manifestation der Psychose. L. SUSSMANN berichtet, wie Schizophrene in Traumbildern, die das Alleinsein oder das Anderssein zum Inhalt haben, den Autismus ausdrücken. LANGS fand bei den paranoiden Psychosen des schizophrenen Formenkreises vorwiegend Trauminhalte, die sich um den Patienten selbst drehten und die von der Tagesrealität weit entfernt waren. Die Kranken erlebten dabei ihre Umwelt in einer für sie meist verletzenden und überwältigenden Weise.

Eine sehr ausführliche Studie über die Träume manisch-depressiver Kranker stammt von HERSCHMANN und SCHILDER aus dem Jahre 1920. Die Autoren fanden, daß traurige Affekte im Traum verschwinden können. Oft wird dabei das Glücksgefühl nicht direkt empfunden, aber der Inhalt des Traumes führt zur Er-

innerung an angenehme und lustbetonte Erlebnisse der Vergangenheit. Minderwertigkeitsgefühle und Hemmungen, die das Wachleben der Melancholiker oft bestimmen, werden im Traum auffällig oft negiert; auch fehlen die depressiven Wahnideen. Ebenso gilt für das Formale, daß Dinge im Traum auftreten, die im Wachleben nicht voll entwickelt sind - etwa eine nur im Traum auftretende Hemmung. Die Autoren folgern aus diesen Befunden, daß die subjektive Hemmung der depressiven Patienten durch einen inneren Widerspruch zustande kommt, der das Erleben negiert. Daneben werden aber auch Träume beschrieben, die die klinische Symptomatik ergänzen. SCHULTE fand unter anderem ebenfalls vermehrt eine Fortsetzung oder gar Intensivierung der ängstlich-depressiven Erlebnisweisen des Wachzustandes. HERSCHMANN und SCHILDER beschrieben auch einen Patienten, der in 15 1/2 Monaten zehn manische und ebensoviele depressive Phasen erlebte, wobei sich in den Trauminhalten jeweils eine Anteponation des Phasenwechsels zeigte. Über Träume mit lustbetonten Inhalten als Anzeichen eines Phasenumschlages berichtet auch SCHULTE. Der gleiche Autor fand, ebenso wie BOSS, daß eine Besserung der depressiven Symptomatik sich manchmal schon im Traum ankündigt. BECK und WARD meinen demgegenüber, daß Träume mit unangenehmen und unerfreulichen Inhalten auch nach klinischer Besserung bestehen bleiben. Auch BECK und HURVICH beobachteten bei depressiven Patienten in relativ großer Zahl Träume, die von vorwiegend unangenehmer Gefühlstönung waren. Der Träumer wird dabei im Traum zurückgestoßen, enttäuscht, es wird seinen Bemühungen im Traum entgegengearbeitet, oder

seine Traumaktion wird kritisiert. Die Affekte werden als ein Gefühl von Traurigkeit, Schuld oder als Erniedrigung empfunden. Die Autoren nennen diese Inhalte masochistische Trauminhalte und sehen diese Befunde im Einklang mit den von FREUD beschriebenen Selbstbestrafungs- und Selbsterniedrigungstendenzen der Depressiven. Ausgehend von der psychoanalytischen These, daß der Traum wichtige Antriebe ausdrückt und von den Abwehrmechanismen geprägt wird, sehen die Autoren in den masochistischen Traumthemen eine Repräsentation von Selbstbestrafungstendenzen. Die Befunde stehen weiter im Einklang mit der Annahme, daß Depressive die Aggression gegen sich selber richten, daß der Depressive Schuldgefühle gegenüber seinem Überich hat und sich selbst dafür bestraft. Signifikant höhere derartige masochistische Trauminhalte fanden auch BECK und WARD bei einer anderen Untersuchung an depressiven Patienten, und zwar unabhängig von der Schwere der Depression. Diese Ergebnisse wurden von KRAMER, WHITMAN, BALDRIDGE und LANSKY bestätigt. Sie weckten depressive Patienten nach REM-Phasen und befragten sie nach ihren Traumerlebnissen. Die Autoren stellten ebenfalls unerfreuliche, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit widerspiegelnde Trauminhalte fest. Auch mit Besserung der klinischen Symptomatik blieben die Träume im wesentlichen gleich (wenigstens während einer vierwöchigen Beobachtungszeit), obwohl sich eine Tendenz zu noch stärkerer Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit in den Träumen auf dem Höhepunkt der Depression zeigte. Eine Verminderung der Traumhäufigkeit fanden die Autoren nicht. Wohl aber waren die Angaben, ge-

träumt zu haben, nach dem Wecken aus einer Schlafphase des REM-Stadiums bei depressiven Patienten weniger häufig.

III. Methode der eigenen Untersuchungen

In der Zeit von März 1967 bis Mai 1969 befragten wir 52 Patienten, die in der Universitäts-Nervenklinik wegen einer depressiven Symptomatik stationär behandelt wurden, über einen Zeitraum von vier Wochen in bestimmten Tagesabständen nach ihren Träumen. An Hand einer Symptomen-Tabelle fragten wir gleichzeitig nach depressiven Symptomen sowie nach Nebenwirkungen der verwendeten Psychopharmaka.

Von den 52 Patienten waren 16 Männer und 36 Frauen. Bei 27 Patienten lautete die Diagnose endogene Depression bzw. depressive Phase einer Cyclothymie, bei sieben Fällen wurde die Diagnose endoreaktive Depression gestellt, bei weiteren acht Fällen handelte es sich um eine vorwiegend reaktive bzw. neurotische Depression, bei sechs Patienten wurde eine organische Komponente angenommen, zwei Patienten litten an einer atypischen Psychose, bei zwei Fällen schließlich bestand der Verdacht auf ein depressives Syndrom im Rahmen einer schizophrenen Psychose.

Als Thymoleptika wurden in der Therapie bei 21 Patienten ein Mischpräparat aus Amitryptiline und Protryptiline verwandt, 20 Patienten erhielten Amitryptiline (Tryptizol, Saroten), vier Patienten Protryptiline (Maximed), drei Patienten Imipramine (Tofranil), drei Patienten Trimepramine (Stangyl) und ein Patient Chlorimipramine (Anafranil). 34 Patienten erhielten neben der thymoleptischen Therapie noch Schlafmittel, und zwar 25 Patienten Metaqualone (Revonal),

acht Patienten Paraldehyd und ein Patient Chloralhydrat. Neuroleptika in niedrigen Dosierungen, vorwiegend zum Schlafen bestimmt, erhielten 16 Patienten; weitere fünf Patienten wurden darüberhinaus mit Diazepam (Valium) behandelt.

Von den 52 Patienten hatten 40 bereits in der Zeit vor der Klinikaufnahme Psychopharmaka erhalten, zwölf Patienten waren dagegen nicht mit derartigen Substanzen vorbehandelt.

IV. Ergebnisse der eigenen Untersuchungen

A. Unvorbehandelte Patienten

Von den zwölf Patienten, die vor Beginn der thymoleptischen Therapie längere Zeit keine Psychopharmaka erhalten hatten, gaben vier Patienten bei jeder Befragung an, in den letzten Nächten geträumt zu haben. Dies gilt auch für die erste Befragung, die vor Beginn der thymoleptischen Therapie durchgeführt wurde. Eine der vier Patienten berichtete, sie träume ausgesprochen häufig.

Beispiele:

1. Frau F. K., 44 Jahre

   Stationäre Behandlung vom 5.4.1967 bis 11.5.1967.

   Diagnose: Erste Phase einer endogenen Depression.

   Frau K. war Mitte 1966 erkrankt und klagte im einzelnen über Kontaktlosigkeit, Vergeßlichkeit, Müdigkeit, Schlaflosigkeit sowie das bedrückende Gefühl der Einsamkeit. Daneben machten der Patientin noch Kopfschmerzen, Schmerzen im Rücken und ein allgemeines Zittern im ganzen Körper, verbunden mit Unruhe und einem Druckgefühl über der Brust, Beschwerden.

   In der Familie der Patientin sind keine Geisteskrankheiten bekannt.

   Die Patientin wurde mit der Kombination Protryptiline/Amitryptiline behandelt, die bereits nach acht Tagen eine deutliche Besserung des Befindens bewirkte. Die Patien-

tin gab bei allen Befragungen an, viel zu träumen. Sie habe allerdings auch früher immer viel geträumt. In ihren Träumen erlebe sie meist komische und sonderbare Dinge, oft herrsche ein furchtbares Durcheinander, was sie im Traum unangenehm berühre. Über derartige Träume berichtete die Patientin bereits bei der ersten Befragung, die am Tag vor Beginn der thymoleptischen Therapie stattfand. Bei der letzten Befragung kurz vor der Entlassung, als die Patientin sich wieder recht wohl fühlte, gab sie an, jetzt weniger zu träumen. Dabei erzählte sie, einen Traum "von ganz früher" gehabt zu haben, der besonders schön gewesen sei. Genaueres konnte sie über diesen Traum aber nicht sagen.

Ein Patient begann am fünften Tag über eine gesteigerte Traumtätigkeit zu berichten:

2. Herr H. R., 22 Jahre.

Stationäre Behandlung vom 7.3.1969 bis 13.6.1969.

Diagnose: Recidivierende Suicidalität bei abnormer Persönlichkeit mit Neigung zu plötzlichen depressiven Verstimmungen.

Die Mutter des Patienten war einmal in nervenärztlicher Behandlung gewesen. Sonst weiß Herr R. nichts über Geisteskrankheiten in der Familie.

Herr R. machte in den letzten Jahren wiederholt ernsthafte Suicidversuche, ohne daß eine adäquate Motivation dafür zu eruieren gewesen wäre. Nach seinen Angaben überfielen ihn die Impulse dazu immer wieder, er könne aber

nicht sagen warum. Am Sonntag vor der Aufnahme in die Klinik habe ihn ein ähnliches, mit Angst verbundenes Gefühl überfallen, so daß er auf Grund seiner früheren Erfahrungen sofort einen Nervenarzt aufgesucht habe. Irgend einen Grund für seine Ängste konnte er auch diesmal nicht angeben. Da eine endogene Depression nicht auszuschließen war, wurde der Patient mit Amitryptiline (Trypzizol) behandelt. Bei der ersten Befragung, zu einem Zeitpunkt, als der Patient noch keine thymoleptische Therapie erhielt, gab Herr R. an, in der Klinik noch nicht geträumt zu haben. Er berichtete jedoch über einen kurzen Traum, den er vor der Klinikaufnahme hatte. Er habe in diesem Traum immer fahrende Panzer vor sich gesehen, wie gehetzt sei er auf- und abgesprungen (Herr R. leistete in der Zeit vor der Klinikaufnahme gerade seinen Wehrdienst ab). Bei den nächsten Befragungen in den ersten Tagen nach Beginn der Therapie gab der Patient an, in den letzten Nächten nicht geträumt zu haben. Am fünften Tag der Medikation berichtete er, irgendetwas von einem Flugzeug geträumt zu haben. Am neunten Tag sagte Herr R., er habe in den letzten Nächten furchtbare Träume gehabt. Er sei in seinem Heimatort mit dem Fahrrad gefahren, ein kleines Mädchen sei ihm plötzlich in das Rad gelaufen, er habe das Mädchen auf den Arm genommen, habe versucht mit ihr wegzurennen, wobei er sich entsetzlich beengt gefühlt habe. Bei den nächsten Befragungen erzählte der Patient jedesmal, daß er in den letzten Nächten sehr

viel geträumt habe. Die Träume seien meist sehr unangenehm und sehr plastisch, es herrsche immer ein richtiges Durcheinander. Herr R. träumte von Schlangen und Reptilien, vom Fußballspielen mit einem Riesenball; in vielen Träumen erlebte er sich dabei ausgesprochen gehemmt und eingeengt. Der Patient gab an, unter diesen Träumen schon etwas zu leiden-

Drei Patienten träumten zu Beginn der thymoleptischen Therapie zunächst wenig oder überhaupt nicht und berichteten dann zwischen dem 20. und 30. Behandlungstag über Träume:

3. Frau E. F., 41 Jahre.

Stationäre Behandlung vom 31.3.1967 bis 10.5.1967.
Diagnose: Dritte Phase einer endogenen Depression.
Bei der jetzigen Erkrankung litt die Patientin vor allem unter Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und Suicidgedanken. Sie mußte viel weinen und klagte auch über ein Druckgefühl auf der Brust. Die Patientin wurde mit der Kombination Amitryptiline/Protryptiline behandelt. In den ersten 20 Tagen der Behandlung konnte die Patientin von Träumen nichts berichten. Sie gab an, ihren letzten Traum vor zirka neun Monaten gehabt zu haben. Damals sei ihre Mutter gestorben, und sie habe geträumt, daß die Mutter von einem Gerüst gefallen sei. Am 21. Tag der thymoleptischen Therapie berichtete sie von einem Traum; sie habe irgend etwas Schönes von zu Hause geträumt, von einer kleinen Sache zum Nähen. Danach gab sie wieder an, nichts geträumt zu haben.

4. Frau E. G., 49 Jahre.

Stationäre Behandlung vom 3.3.1967 bis 22.4.1967.

Diagnose: Zweite Phase einer endogenen, vorwiegend agitierten Depression.

Aus der Familienanamnese ist zu erwähnen, daß eine Schwester der Patientin nervenkrank war.

Die Patientin wurde nach einem Suicidversuch mit Metaqualone (Revonal) in die Klinik aufgenommen. Frau G. wirkte ausgesprochen depressiv, litt unter quälender Unruhe, Schlafstörungen und Schuldgefühlen. Sie wirkte zeitweise sehr unruhig und getrieben, zitterte manchmal am ganzen Körper. Die Patientin wurde mit Amitryptiline (Trypzizol) behandelt, sowie mit einer geringen Dosis Laevomepromazine (Neurocil), das am Abend zum Schlafen gegeben wurde. In den ersten Wochen der Behandlung konnte sich die Patientin überhaupt nicht entsinnen, geträumt zu haben. Am 29. Tag der thymoleptischen Therapie meinte Frau G. bei der Befragung, sie habe manchmal am Morgen das Gefühl gehabt, geträumt zu haben; sie glaubte, es seien eher unangenehme Dinge gewesen, an Einzelheiten konnte sie sich jedoch nicht erinnern.

Eine Patientin träumte zu Beginn der thymoleptischen Therapie, erzählte von unangenehmen, aber nicht sehr zahlreichen Träumen. Bei den letzten Befragungen am 21. und 29. Tag der Thymoleptika-Medikation glaubte diese Patientin, gar nicht mehr geträumt zu haben. Eine Patientin gab nur bei der Befragung vor Beginn der Therapie an, geträumt zu haben. Zwei weitere der unvorbehandelten Patienten träumten während der

gesamten Beobachtungszeit überhaupt nicht.

Die Ergebnisse zur Frage der Traumhäufigkeit bei der Gruppe der unvorbehandelten Patienten soll noch einmal tabellarisch zusammengefaßt werden:

TABELLE 1

Keine Träume unter Thymoleptika	3
Träume nur in der ersten Phase der Medikation	1
Träume nur in der zweiten Phase der Medikation	4
Träume während der ganzen Zeit	4

Bezüglich der Trauminhalte, die von der Gruppe der unvorbehandelten Patienten wiedergegeben wurden, fällt auf, daß die meisten der Traumberichte nur kurz und wenig inhaltsreich waren. Auf die Frage nach der affektiven Tönung antworteten vier Patienten, ihre Träume seien vorwiegend unangenehmen Inhalts gewesen. Zwei der Patienten erlebten im Traum ein unbestimmtes Angstgefühl, welches auch in ihrem Wachleben eine Rolle spielte. Zwei Patienten hatten sehr plastische Träume (Beispiel 1. und 2.), erzählten beide von einem "furchtbaren Durcheinander". Zwei weitere Patienten berichteten über vorwiegend angenehme Träume. Vier Patienten empfanden ihre Träume weder als angenehm noch als unangenehm. Drei Patienten träumten von "zu Hause", was sie im Traum angenehm berührte.

Insgesamt ergibt sich, daß lediglich bei einem dieser zwölf Patienten von einer deutlichen und ausgeprägten Traumaktivierung durch Thymoleptika gesprochen werden kann. Bei den anderen drei Patienten, die über Träume nur in der zweiten Phase der thymoleptischen Behandlung berichteten, waren die Traumberichte ausgesprochen spärlich. Wenn in diesen Fällen überhaupt von einer Traumaktivierung gesprochen werden kann, so war sie nur gering ausgeprägt. Gleiches gilt für den Patienten, der nur zu Beginn der Therapie über Träume berichtet hatte. Eine Patientin, die während der gesamten Beobachtungszeit über Träume berichtete, gab ja an, schon immer viel und dazu komische und sonderbare Dinge geträumt zu haben, so daß sich bei ihr die Traumhäufigkeit wohl nicht als Medikamentenwirkung erklären läßt.

B. Vorbehandelte Patienten

Als nächstes sollen die 40 Patienten betrachtet werden, die vor der Klinikeinweisung bereits Psychopharmaka erhalten hatten.

Die Ergebnisse zur Frage der Traumhäufigkeit bei dieser Patientengruppe sollen zunächst tabellarisch zusammengefaßt werden:

TABELLE 2

Keine Träume unter Thymoleptika	5
Wenig Träume unter Thymoleptika	15
Immer Träume unter Thymoleptika	20

Von den 40 vorbehandelten Patienten gaben 20 bei jeder Befragung an, in den vergangenen Nächten geträumt zu haben. Drei dieser Patienten sagten, sie hätten sehr viele Träume, wobei zwei berichteten, schon immer viel geträumt zu haben. Acht der genannten 20 Patienten konnten allerdings zu den Trauminhalten nur sehr spärliche oder überhaupt keine Angaben machen. Fünfzehn weitere Patienten beschrieben ihr Traumleben mit den Worten, sie hätten in den letzten Nächten "ein wenig" oder "ab und zu" geträumt. Patienten dieser Gruppe gaben auch nicht bei jeder Befragung an, geträumt zu haben. Sieben von ihnen konnten nur ungenaue, undeutliche oder gar keine Angaben über die manifesten Trauminhalte machen. Fünf weitere Patienten aus der Gruppe der vorbehan-

delten 40 glaubten, während der gesamten Befragungszeit überhaupt nicht geträumt zu haben.

Bei den 35 Patienten, die über Träume berichteten, lassen sich bezüglich der Trauminhalte folgende Feststellungen treffen:
Hinsichtlich der Gefühlstönung sagten sieben Patienten, diese sei in ihren Träumen vornehmlich angenehmer Natur gewesen; Acht Patienten berichteten vorwiegend über Träume mit unangenehmen Inhalten. Die übrigen 20 Patienten gaben sowohl angenehme als auch unangenehme Inhalte an, bzw. konnten über die Gefühlstönung ihrer Träume keine Angaben machen. Auch bei dieser Gruppe waren die meisten der Traumberichte kurz und inhaltsarm. Zwölf Patienten konnten überhaupt keine Trauminhalte berichten, sie wußten nur noch, daß sie geträumt hatten. Einziger häufiger auftretender Themenkreis waren Träume, die zu Hause spielten, oft im Kreise der Verwandten. Träume dieser Art fanden sich bei dreizehn Patienten dieser Gruppe, wobei bei zehn Patienten an der Diagnose Melancholie kein Zweifel bestand. Solche Träume wurden vorwiegend als angenehm empfunden, sie spielten daneben oft in einer früheren, den Patienten in der Erinnerung als schön erscheinenden Zeit.

V. Diskussion

Auf Grund der bereits oben erwähnten Ergebnisse der neueren Traumforschung mag es zunächst überraschend erscheinen, warum in dieser Untersuchung nicht die zweifellos sehr viel genaueren und objektiveren elektrophysiologischen Methoden zur Feststellung der Traumhäufigkeit benutzt wurden. Dazu ist zu bemerken, daß unter anderem gerade Aufgabe dieser Untersuchung der Versuch war, den Widerspruch zwischen den klinischen Befunden einerseits und den neurophysiologischen Befunden andererseits zu klären. Es sollte deshalb untersucht werden, was zur Frage der Traumhäufigkeit bei Depressiven und der der Traumaktivierung durch Thymoleptika mit klinischer Methodik festgestellt werden kann, wenn man eine größere Gruppe von Kranken systematisch und wiederholt in einem längeren Zeitraum nach Träumen befragt.

Die bei fast allen depressiven Patienten bestehende psychomotorische Hemmung, die die sprachlichen Äußerungen erschwert, könnte als eine weitere Fehlerquelle angesehen werden, die die Häufigkeit der Traumwiedergabe gegenüber dem Untersucher beeinträchtigt. Dies gilt vor allem dann, wenn der Untersucher, wie es bei dieser Untersuchung der Fall war, den Patienten lediglich durch die Befragungen bekannt war. Ein Vergleich zwischen dem Stärkegrad der Hemmung und der von den Patienten angegebenen Traumhäufigkeit ergab jedoch keinen Hinweis zur Bestätigung dieser Hypothese. Das heißt, Patienten mit stark ausgeprägter Hemmung be-

richteten durchschnittlich nicht weniger häufig von Träumen als andere, die in ihrem Ausdrucksverhalten weniger gehemmt waren.

Der Nachteil, daß der Untersucher den meisten Patienten nur sehr flüchtig bekannt war und die Patienten dadurch zusätzlich gehemmt und zurückhaltend waren, wurde durch eine möglichst neutrale Art der Fragestellung auszugleichen versucht. So wurden die Patienten nicht gefragt: "Was haben Sie in den letzten Nächten geträumt?" Wir fragten stattdessen, dem Hauptzweck dieser Untersuchung entsprechend: "Haben Sie in den letzten Nächten geträumt?" Erst nach Beantwortung dieser Frage wurden eventuell weitere zum Inhalt gestellt. Aus der Besprechung dieser Problematik wird deutlich, daß auf Grund dieser Untersuchung Aussagen über den manifesten Trauminhalt keinen oder nur sehr bedingten Wert besitzen. Beispielsweise berichtete nur ein einziger der 52 Patienten, und dieser nur einmal, über einen Traum mit sexuellen oder sonst anstößigen Inhalten.

Zu fragen ist weiterhin, inwieweit die Verordnung von Schlafmitteln, insbesondere des Metaqualone, den Traumschlaf, bzw. die Traumreproduktion beeinflußt haben könnten. Eine Betrachtung der einzelnen oben aufgeführten und nach ihrer Traumhäufigkeit unterschiedenen Gruppen zeigte jedoch, daß in keiner dieser Patientengruppen eine auffallende Abweichung von der durchschnittlichen Häufigkeit der Schlafmittelverordnungen festzustellen war.

Auffällig war bezüglich der Trauminhalte, daß die Mehrheit der Patienten, nach der affektiven Tönung befragt, diese als neutral bezeichnete oder sich nicht mehr an sie erinnern konnte. In Übereinstimmung mit der bisherigen Literatur über die Träume depressiver Kranker fanden sich sowohl Träume, in denen sich depressive Bewußtseinsinhalte widerspiegelten oder gar intensivierten, als auch Träume, deren Inhalt zu der depressiven Symptomatik auffällig kontrastierte. Wie bereits berichtet, fiel die relative Häufigkeit von Trauminhalten auf, die von dem Zuhause und den Verwandten der Patienten handelten, oft verbunden mit der Erinnerung an zurückliegende Zeiten. Derartige Träume wurden im ganzen bei 16 Patienten beobachtet; bei zwölf dieser Patienten bestand diagnostisch eine ganz sichere Melancholie. Diese Befunde decken sich mit denen von HERSCHMANN und SCHILDER sowie F. M. MÜLLER. Inwieweit solche Träume dem Wunsch der meisten Klinikinsassen entsprechen, das Krankenhaus möglichst bald wieder verlassen zu können, müßte an einer Vergleichsgruppe von Klinikpatienten untersucht werden. Möglicherweise sind derartige Träume aber auch als ein Ausdruck einer cyclothymen Persönlichkeitsstruktur zu werten, von der wir ja wissen, welch eine vergleichsweise bedeutende Rolle für sie das glückliche und harmonische Familienleben spielt. Das von vielen Melancholikern während ihrer Erkrankung besonders intensiv erlebte Versagen gegenüber ihren familiären Verpflichtungen äußert sich daher auch oft in den sogenannten Versündigungsideen. In diesem Sinne wären also Träume von einem schönen Heim und einer

zufriedenen Familie als kompensatorische oder Wunscherfüllungsträume aufzufassen.

Für die Bestätigung der These, Thymoleptika würden als charakteristischen Nebeneffekt unter anderem eine Traumaktivierung hervorrufen, liefern die Ergebnisse dieser Untersuchung nur geringe Anhaltspunkte. Lediglich bei dem Beispiel 2. legen es die Befunde nahe, die intensiv nacherlebte und anscheinend sehr häufige Traumtätigkeit als eine Nebenwirkung des verabreichten Thymoleptikums anzusehen. Bei vier weiteren Patienten könnte man von einer unsicheren oder geringen Traumaktivierung sprechen. Die Traumberichte der meisten Patienten waren jedoch außerordentlich kurz und inhaltsarm, was als Gradmesser dafür angesehen werden kann, welchen vergleichsweise geringen Eindruck das Traumleben im Wachbewußtsein dieser Patienten hinterlassen hat. Gerade auch dieser Befund steht im Gegensatz zu denen der Autoren, die mit klinischen Untersuchungsmethoden eine Traumaktivierung unter Thymoleptika festgestellt hatten. Acht der 52 Patienten schließlich träumten angeblich unter Thymoleptika-Therapie überhaupt nicht.

Wie bereits oben erwähnt, hatten KRAMER, WHITMAN, BALDRIDGE und LANSKY beobachtet, daß Patienten unter Imipramine-Therapie eher weniger häufig träumten. Die Autoren hatten weiterhin festgestellt, daß depressive Kranke bei gleicher Traumhäufigkeit wie gesunde Vergleichspersonen (registriert mit objektiven, neurophysiologischen Methoden) sehr viel seltener angaben, vor dem Wecken geträumt zu haben. Diese

Diese Befunde, sowie die dieser Untersuchung könnten darauf hindeuten, daß die Traumreproduktion im Wachbewußtsein der meisten depressiven Patienten durch die stark herabgesetzte innere Erlebensfähigkeit gestört ist und auch durch Thymoleptika zunächst nicht beeinflußt wird, zumindest so lange nicht, als die depressive Symptomatik nicht entscheidend gebessert ist. Wenn es überhaupt eine Traumaktivierung durch Thymoleptika gibt, so scheint sie, jedenfalls gemäß den Befunden dieser Untersuchung, extrem selten zu sein.

VI. Zusammenfassung

In der Zeit vom März 1967 bis Mai 1969 wurden 52 Patienten, die in der Nervenklinik Tübingen wegen eines depressiven Syndromes thymoleptisch behandelt wurden, über einen Zeitraum von vier Wochen nach ihren Träumen, sowie anhand einer Symptom-Tabelle nach depressiven Symptomen und Nebenwirkungen der verwendeten Psychopharmaka befragt.

Zwölf der 52 Patienten hatten in der Zeit vor der Klinikaufnahme keine Psychopharmaka erhalten; 40 Patienten waren bereits zuvor mit derartigen Medikamenten behandelt worden.

Es zeigte sich, daß die meisten Patienten nur wenig träumten und die Traumberichte zum überwiegenden Teil kurz und inhaltsarm waren. Acht Patienten glaubten, während der gesamten vierwöchigen Beobachtungszeit nicht geträumt zu haben. Lediglich bei einem Patienten, der einige Tage nach Beginn der thymoleptischen Therapie von häufigen und sehr eindrucksvollen Träumen zu berichten begann, fand sich eine eindeutige Traumaktivierung. Bei vier Patienten kann man von einer geringgradigen Traumvermehrung unter Thymoleptika sprechen.

Bei den Trauminhalten fiel auf, daß eine vergleichsweise große Zahl von Patienten von zu Hause und ihren Verwandten träumte, was die Kranken als schön empfanden. Die meisten der Träume waren ihrer affektiven Tönung nach eher indifferent. Daneben fanden sich sowohl Träume mit unangenehmen als auch solche mit angenehmen Inhalten.

Literaturverzeichnis

BECK, A. T. and M. S. HURVICH: Psychological Correlates of Depression: 1. Frequency of "Masochistic" Dream Content in a Private Practic Sample. Psychosom. Med. 21, 50 - 55 (1959).

BECK, A. T. and C. H. WARD: Dreams of Depressed Patients. Arch. Gen. Psychiat. 5, 462 - 467 (1961).

BENTE, D. und H. HIPPIUS: Begleitwirkungen und Gefahren der Psychopharmaka. In: D. Gross (Hrsg.): Therapie über das Nervensystem Band 6; Stuttgart: Hippokrates 1967.

BENTE, D., H. HIPPIUS, W. PÖLDINGER und K. STACH: Chemische Konstitution und klinische Wirkung von antidepressiven Pharmaka. Arzneimittelforschung 14, 486 - 490 (1964).

BOSS, M.: Psychopathologie des Traumes bei schizophrenen und organischen Psychosen. Zschr. f. ges. Neurol. u. Psychiat. 162, 459 - 494 (1938).

BOSS, M.: Der Traum und seine Auslegung. Bern-Stuttgart: Huber 1953.

BROGLIE, M., G. JÖRGENSEN und G. VOSS: Ärztliche Wschr. 28, 697 (1954).

CORNU, F.: Psychopharmakotherapie.
In: Psychiatrie der Gegenwart, Band I/2;
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963.

DEGKWITZ, R.: Die psychische Eigenwirkung der Psychopharmaka.
In: D. Gross (Hrsg.): Therapie über das Nervensystem, Band 6, Stuttgart: Hippokrates 1967.

DEGKWITZ, R.: Leitfaden der Psychopharmakologie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1967.

DELAY, J. und P. PICHOT: Medizinische Psychologie.
Stuttgart: G. Thieme 1966.

FISHER, C.: Psychoanalytic Implications of Recent Research on Sleep and Dreaming.
J. Americ. Psychoanal. Assoc. 13, 197 (1964).

FLÜGEL, F.: Die medikamentöse Therapie der endogenen Psychosen.
Nervenarzt 30, 240 - 245 (1959).

FREUD, S.: Die Traumdeutung.
Ges. Werke, Band II/III; London: Imago 1942.

FREUD, S.: Revision der Traumlehre.
In: Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; Ges. Werke, Band XV; London: Imago 1942.

GÄDE, E. B. und K. HEINRICH: Klinische Beobachtungen bei Megaphenbehandlung in der Psychiatrie. Nervenarzt 26, 49 - 59 (1955).

HARTMANN, K., J. HIOB und H. HIPPIUS: Zur vergleichenden Psychopathologie der Schock- und Phenothiazinwirkungen. Fschr. Neurol. Psychiat. 23, 354 - 366 (1955).

HEIMANN, H. und P. N. WITT: Die Wirkung einer einmaligen Largactilgabe beim Gesunden. Mschr. f. Psychiat. Neurol. 129, 104 - 123 (1955).

HEINRICH, K.: Die Symptomprovokation als Beispiel der thymoleptischen Wirkung auf die Gestimmtheit. Arzneimittelforschung 2a, 275 (1966).

HEINRICH, K.: Ambulante Therapie mit Psychopharmaka. In: D. Gross (Hrsg): Therapie über das Nervensystem. Band 6, Stuttgart: Hippokrates 1967.

HELMCHEN, H. und H. HIPPIUS: Psychische Nebenwirkungen der psychiatrischen Pharmakotherapie. In: H. Kranz und K. Heinrich (Hrsg.): Begleitwirkungen und Mißerfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie. Stuttgart: G. Thieme 1964.

HERSCHMANN, H. und P. SCHILDER: Träume der Melancholiker nebst Bemerkungen zur Psychopathologie der Melancholie. Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 53, 130 (1920).

HES, J.: Americ. J. Psychiat. 122, 1067 (1965/66); Corr.

HIPPIUS, H.: Grundriß der psychiatrischen Pharmakotherapie.
Pharmakotherapeutikum "Bayer", 1966.

JUNG, R.: Neurophysiologie und Psychiatrie.
In: Psychiatrie der Gegenwart, Band I/1 A;
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967.

KAHR, H., R. BATTEGAY und W. PÖLDINGER: Psychopathologische Komplikationen bei Antidepressiva-Medikation.
Arzneimittelforschung 2a, 411 - 417 (1966).

KEMPER, W.: Der Traum und seine Be-Deutung.
Reinbek: Rowohlt 1955.

KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depression für den Praktiker, 2. Auflage.
München: Lehmann 1966.

KIELHOLZ, P., F. LABHARDT, R. BATTEGAY, W. RÜMMELE und H. FEER: Therapie der Depressionen und der depressiven Krankheitszustände.
Dtsch. med. Wschr. 188, 1617 - 1624 (1963).

KRAMER, M., R. M. WHITMAN, W. BALDRIDGE and R. LANSKY:
Dreams and Defenses.
Americ. J. Psychiat., 122, 411 - 417 (1965).

KRAMER, M., R. M. WHITMAN, W. BALDRIDGE and R. LANSKY:
Dreaming in the Depressed.
Canad. Psychiat. Ass. J. 11, Spec. Suppl., 178 - 192 (1966).

LAMPL DE GROOT, J.: Anmerkungen zur psychoanalytischen Triebtheorie.
Psyche 10, 194 (1956/57).

LANGS, R. J.: Manifest Dreams from Three Clinical Groups.
Arch. Gen. Psychiat. 14, 634 - 643 (1966).

MÜLLER, F. M.: Vitalsymptome und Schlafstörungen bei endogener Depression.
Diss., Tübingen 1967.

NOBLE, D.: A Study of Dreams in Schizophrenia and Allied States.
Americ. J. Psychiat. 107, 612 - 616 (1950/51).

ROSKAMP, H.: Grundzüge der Neurosenlehre.
In: W. Loch (Hrsg.): Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.
Stuttgart: Hirzel 1967.

SCHULTE, W.: Der Schlaf der Epileptiker, Schizophrenen und Manisch-Depressiven.
Dtsch. med. Wschr. 80, 2, 1872 - 1875 (1955).

SCHULTE, W. und J. FINKE: Schlafstörungen. Ursachen und Behandlung.
Stuttgart: Thieme 1969/70 (im Druck).

SCHULTZ-HENCKE, H.: Lehrbuch der Traumanalyse.
Stuttgart: Thieme 1949.

SCHUR, M.: The Ego and the Id in Anxiety.
The Psychoanalytic Study of the Child 13, 203 (1958).

v. SIEBENTHAL, W.: Die Wissenschaft vom Traum.
Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1953.

SUSSMANN, L.: Beitrag zum Problem der Träume Schizophrener.
Nervenarzt 9, 453 - 466 (1936).

THOMÄ, H.: Bemerkungen zur Bedeutung neuerer physiologischer Schlaf- und Traumuntersuchungen für die psychoanalytische Traumlehre.
Psyche 19, 801 - 811 (1965).

TÖLLE, R.: Somatische Depressionsbehandlung.
In: W. Schulte (Hrsg.): Über das wesen melancholischen Erlebens und die Möglichkeiten der Beeinflussung.
Stuttgart: Hippokrates 1967.

WHITMAN, R. M., C. M. PIERCE, J. W. MAAS and W. BALDRIDGE:
Drugs and Dreams II: Imipramine and Prochlorperazine.
Compreh. Psychiat. 2, 219 - 226 (1961).

WIESENHÜTTER, E.: Traum-Seminar.
In: E. Wiesenhütter (Hrsg.): Schriftenreihe zur Theorie und Praxis der Medizinischen Psychologie,
Band 11, Stuttgart: Hippokrates 1966.

Lebenslauf

Am 11. 8. 1941 wurde ich, Andreas Crome, als Sohn des Hans Crome und seiner Ehefrau Gerda, geb. Lambeck, in Hamburg geboren. Von 1948 bis 1952 besuchte ich die Volksschulen in Hamburg, Wohltorf bei Hamburg und Rothenburg o.d.T., von 1952 bis 1962 die Oberschulen in Reinbek bei Hamburg, München und Starnberg. Am Realgymnasium in Starnberg legte ich die Reifeprüfung ab.

Im Herbst 1962 begann ich mit dem Studium der Medizin in Tübingen, wo ich auch 1963 das Vorphysikum und 1965 das Physikum bestand. Anschließend studierte ich zwei Semester in München. Im Herbst 1966 kehrte ich nach Tübingen zurück und beendete dort mein Studium am 20.2. 1969 mit dem Staatsexamen.

Anschließend arbeitete ich als Medizinalassistent an der Nervenklinik in Tübingen, sowie an einer chirurgischen Klinik in Stuttgart.

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 51
Telefon 295681

Druck: Polyfoto Dr. Vogt KG
Stuttgart 1, Königstraße 51
Telefon 295681